FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1895-96 N° 83

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'URTICAIRE DES VOIES RESPIRATOIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19 JUIN 1896

PAR

Jean-Pierre-Emile DELBREL

Né à Monsempron (Lot-et-Garonne), le 16 septembre 1870.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	ARNOZAN,	professeur,	*président.*
	VERGELY,	professeur,	*juges.*
	AUCHÉ,	agrégé,	
	LE DANTEC,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Y. Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1895-96 N° 83

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'URTICAIRE DES VOIES RESPIRATOIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19 JUIN 1896

PAR

Jean-Pierre-Emile DELBREL

Né à Monsempron (Lot-et-Garonne), le 16 septembre 1870.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	ARNOZAN,	professeur,	*président.*
	VERGELY,	professeur,	*juges.*
	AUCHÉ,	agrégé,	
	LE DANTEC,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Y. Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICE..... } Professeurs honoraires.
AZAM..... }

Clinique interne	MM. PICOT.
	PITRES.
	DEMONS.
Clinique externe	LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique d'accouchements	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	DE NABIAS.
Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MESNARD.
	CASSAËT.
	AUCHÉ.
	SABRAZÈS.
	LE DANTEC.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	VILLAR.
	BINAUD.
	BRAQUEHAYE.
Accouchements	RIVIÈRE.
	CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie	MM. PRINCETEAU. CANNIEU.	Histoire naturelle.	MM. BEILLE.
		Physiologie	PACHON.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Clin. des mal. cutan. et syphil.	DUBREUILH.	Pathologie externe	DENUCE.
Clin. des mal. des voies urin.	POUSSON.	Accouchements	RIVIÈRE.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MOURE.	Chimie	DENIGÈS.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A Monsieur le Docteur BRAQUEHAYE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR ARNOZAN

Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Bordeaux
Médecin des Hôpitaux,
Officier de l'Instruction publique.

2 Delbrel.

AVANT-PROPOS

En terminant nos études et avant de commencer notre thèse inaugurale, qu'il nous soit permis d'exprimer ici toute notre reconnaissance à ceux qui ont formé notre esprit. Nous prions nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, et en particulier MM. Dudon et Mandillon, dont nous avons été l'élève, de vouloir bien recevoir l'assurance de notre profonde gratitude pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée pendant les années que nous avons passées dans leurs services.

Nous remercions M. le professeur agrégé Braquehaye pour les conseils qu'il nous a donnés dans l'exécution de notre modeste travail.

Que M. le professeur Arnozan nous permette de lui témoigner toute notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE

L'URTICAIRE DES VOIES RESPIRATOIRES

INTRODUCTION

L'urticaire (de *urtica*, *ortie*) est une affection caractérisée par des élevures plus ou moins étendues, dont les contours sont arrondis ou irréguliers, mais toujours bien limités, le plus souvent prurigineuses, de coloration plus ou moins blanchâtre au centre (urticaire porcelaine) et rouge à la périphérie. Ces élevures sont plates, quelquefois isolées, d'autres fois confluentes : elles constituent alors de véritables plaques qui peuvent atteindre la grandeur de la paume de la main. Un de leurs caractères principaux, c'est que généralement, elles apparaissent rapidement à la surface des téguments et qu'elles peuvent aussi en disparaître très rapidement. La durée de l'éruption est très variable ; très courte (de quelques minutes à peine) dans l'urticaire fugitive (urticaria evanida), très longue

au contraire dans l'urticaire persistante (urticaria persistans) que l'on appelle encore urticaire chronique.

Parfois l'éruption d'urticaire s'accompagne de quelques symptômes généraux (fièvre ortiée), surtout lorsqu'elle est due à l'ingestion de certains aliments. On peut observer alors les signes d'un véritable empoisonnement.

Mais l'éruption ortiée ne se localise pas seulement sur le tégument externe. On sait depuis longtemps qu'elle peut envahir les muqueuses et qu'on peut ranger l'urticaire dans la classe des énanthèmes ou des endermoses, pour employer le mot de Guéneau de Mussy. Les auteurs ont cité de nombreux exemples d'urticaire des lèvres, de la bouche, de la vulve, etc...; mais, tandis que les localisations sur les muqueuses des orifices naturels de l'organisme sont généralement admises, l'existence d'éruptions urticariennes sur les muqueuses profondes a donné lieu à des opinions bien divergentes. Voici ce que disent à ce sujet MM. Besnier et Doyon dans une note de leur traduction de Kaposi : « La question de l'urticaire buccale, labiale, linguale, palatine, tonsillaire, pharyngée, est assez bien connue, et l'on doit y songer dans les cas de troubles intenses avec œlématie de ces régions, développés avec rapidité....

» Mais la question de l'urticaire des muqueuses profondes et des viscères *n'a pas fait de progrès* : on sait toujours certainement que, concurremment ou en alternance avec des déterminations cutanées nettement ortiées, on voit assez souvent survenir des phénomènes nasaux, laryngés, trachéaux, bronchiques (l'asthme surtout), œsophagiens, gastro-intestinaux, vésicaux, utéro-ovariens, mais en réalité, tout cela aurait besoin d'être soumis à une observation nouvelle, et reste bien faiblement établi en ce qui concerne l'assimilation véritable, et la constitution ferme d'une endermose, d'une urticaire interne

ou viscérale ». Cependant quelques lignes plus bas, les mêmes auteurs ajoutent : « Mais jusqu'à nouvel ordre, le médecin praticien ne peut pas, dans son esprit, séparer ces divers phénomènes les uns des autres, surtout quand ils se succèdent et se remplacent ». Ils semblent bien admettre qu'il y a corrélation entre ces deux ordres de symptômes : éruption cutanée d'urticaire, d'une part, et symptômes du côté des viscères, d'autre part.

Nous n'avons certes pas la prétention de vouloir trancher une aussi importante question. Il faudrait peut-être pour cela avoir recours à des recherches expérimentales sur des animaux et le temps nous a manqué pour nous y livrer.

D'autre part, laissant de côté la question de l'urticaire des voies digestives et des autres muqueuses, nous ne nous occuperons que des localisations sur les voies respiratoires et nous nous proposerons simplement, dans notre travail, le but suivant :

1° Tâcher de mettre au point cette question assez controversée de l'urticaire des voies respiratoires.

2° Réunir les observations les plus probantes et les plus nettes que l'on trouve éparses dans la littérature médicale sur ce sujet.

A ces faits déjà publiés, nous en ajouterons deux nouveaux, que nous devons à l'obligeance de M. le professeur agrégé Braquehaye.

Nous diviserons notre étude en six chapitres :

Dans le premier, nous ferons rapidement l'historique de la question ;

Dans la deuxième, nous dirons quelques mots sur l'anatomie pathologique de l'urticaire ;

Dans le troisième, nous étudierons l'étiologie et la pathogénie de ces lésions ;

Dans le quatrième, nous verrons les principaux symptômes qui les caractérisent;

Dans le cinquième, nous rechercherons avec quelles affections il est possible de confondre l'urticaire des voies respiratoires;

Enfin dans le sixième, nous indiquerons les principaux traitements employés.

I

HISTORIQUE

L'idée de la possibilité de la localisation des éruptions d'urticaire à la surface des muqueuses des voies respiratoires remonte déjà à une cinquantaine d'années.

En 1860, Trousseau, dans sa clinique médicale, rapporte l'observation d'un officier chez lequel avaient apparu, quelques années auparavant, de l'oppression, des étouffements et des symptômes du côté des voies digestives, alternant avec des poussées d'urticaire sur les muqueuses respiratoire et digestive. « Il semble, dit-il, que la matière morbifique se soit formée en telle quantité que les différents émonctoires soient à peine suffisants pour l'éliminer, ou bien qu'avant de trouver sa voie naturelle, qui est le tégument externe, elle aille, permettez-moi cette figure, frapper à toutes les portes, affectant le système nerveux, les appareils respiratoire et digestif ».

L'année suivante, il vit une malade qui avait des accès d'asthme coïncidant avec l'apparition d'une éruption ortiée. « Ces attaques duraient environ deux mois, et quand l'urticaire disparaissait, l'oppression augmentait invariablement, de sorte que l'on était en droit, selon lui, de supposer que l'asthme était produit par l'exanthème qui se manifestait du côté des bronches » (Bourdon, Société méd. des hôpitaux, 1866).

Vers la même époque (1862), Woillez (1) dit que l'urticaire

(1) Woillez, Dictionnaire de diagnostic médical, art. *Urticaire.*

peut débuter par la peau ou les muqueuses. « Elle peut s'étendre au nez, au larynx où elle détermine de petites quintes de toux sèche ».

Bourdon, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux (1866), cite l'observation d'une dame qui, au milieu de la meilleure santé, fut prise d'une grande anxiété, d'une oppression très pénible, avec légère sibilance pendant l'expiration ; et ces phénomènes furent suivis d'une éruption d'urticaire à la peau. L'auteur explique la dyspnée et la sibilance par la congestion de la muqueuse du larynx et des bronches, et il rappelle les faits observés par Alibert et Trousseau, dans lesquels l'urticaire avait atteint la muqueuse respiratoire et digestive. Il rapproche, en outre, de son observation, celle de M. Bouyer, ancien interne des hôpitaux de Paris, dans laquelle une dame de 45 ans, asthmatique depuis plusieurs années, « fut atteinte d'une éruption générale d'urticaire avec fièvre et démangeaisons très vives. A la suite d'un bain frais, elle éprouva un grand soulagement; mais deux heures après elle eut un accès d'asthme qui dura plusieurs heures et qui fit craindre une congestion active du poumon. Le lendemain les accidents se calmèrent et elle eut une nouvelle éruption ortiée ».

Lasègue (1) parle d'une urticaire gutturale dont il cite plusieurs exemples. Après avoir débuté par la peau, dit-il, la lésion peut s'étendre à la muqueuse de la gorge et de là aux parties voisines, et descendre jusqu'au larynx en déterminant de petites quintes de toux sèche ». Et plus loin il cite l'observation d'une dame atteinte d'une urticaire chronique cutanée très rebelle, et sujette de temps en temps à des poussées du côté de la gorge. Il a eu l'occasion d'observer une de ces crises de suffocation. La dyspnée et la toux devenaient intolérables. Il est fort pro-

(1) Lasègue, Traité des angines, 1868.

bable que dans ce cas l'éruption ortiée s'était étendue jusqu'au larynx et à la trachée.

En 1875, M. Raynaud (1) publie une observation que nous avons rapportée. Il fut témoin d'un accès d'asthme survenu tout à coup à la suite d'une ponction capillaire faite avec une seringue de Pravaz dans un ganglion sous-maxillaire suppuré chez un jeune garçon. « De ce fait, je me crois autorisé, dit-il, à tirer cette double conclusion : 1° L'accès d'asthme dont j'ai été témoin n'était autre chose qu'une *urticaire des bronches*. La métastase cutanée a été, dans ce cas, aussi évidente que possible; 2° Le traumatisme insignifiant, résultant de la ponction capillaire, a suffi dans ce cas pour rappeler une éruption ancienne qui, cette dernière fois, s'est produite en deux poussées successives, l'une sur la muqueuse bronchique, l'autre sur la peau ».

Le premier travail important qui ait été publié sur l'urticaire interne est dû à Guéneau de Mussy (2). Jusqu'à lui, les auteurs avaient signalé quelques cas d'urticaire des voies respiratoires et s'étaient contentés de les interpréter en quelques mots. « Le tégument interne aussi bien que le tégument externe peut devenir le siège de manifestations morbides, qui tantôt traduisent des dispositions constitutionnelles, tantôt succèdent à l'introduction, dans l'organisme, de principes infectieux, quelquefois sont imputables à des irritations locales ». Ces quelques lignes par lesquelles commencent les *Considérations sur les Endermoses,* s'appliquent de tous points à l'urticaire. Et un peu plus loin, parlant de l'asthme de foin, l'auteur dit : « Dans un grand nombre de cas, au moins, cette affection n'est qu'une *urticaire*

---

(1) Raynaud, Société anat. Paris, 1875.

(2) V. Guéneau de Mussy, Considérations sur les endermoses. *Clinique médicale*, t. IV.

bronchique. Ces deux affections peuvent alterner, se remplacer, coïncider ou se succéder l'une à l'autre ».

Mais, comme nous l'avons dit déjà, la question de l'urticaire des voies respiratoires a donné lieu à des discussions et elle est loin d'être admise par tous les auteurs. M. Rapin (1) nie catégoriquement son existence. « La localisation de l'urticaire sur le canal alimentaire, dit-il, suffit à expliquer l'anxiété et la dyspnée. L'existence de l'urticaire des bronches ne nous paraît pas démontrée ».

En 1889, M. Cayla en cite au contraire une observation très nette, qui est rapportée dans un travail de M. Hallopeau, en 1894, sur la question. Nous rapportons cette observation à la fin de notre travail.

Avec M. Rapin M. Debove doute fort de l'existence véritable de l'urticaire bronchique.

En 1891, MM. Laveran, Moutard-Martin, Sevestre et Labbé ont présenté plusieurs observations d'accès d'asthme coïncidant avec l'urticaire cutanée. Ces auteurs croient que dans ces divers cas il s'agissait bien d'urticaire bronchique.

M. H. Leroux, dans l'article *Urticaire* du Dictionnaire encyclopédique, consacre une partie de son travail à l'urticaire des voies respiratoires. « Il y a tout lieu de penser que les symptômes thoraciques sont occasionnés par un mouvement fluxionnaire analogue à la fluxion cutanée ».

Cette opinion est acceptée aussi par Andrew Clark et Duncan Bulkley (2).

En 1892, notre maître M. Dubreuilh (3) a publié une étude générale sur l'urticaire où nous avons trouvé de précieux renseignements sur notre sujet.

---

(1) Rapin, *Rev. méd. de la Suisse romande*. Genève, 1886, VI, 673-744.

(2) Andrew Clark et Duncaw Bulkley *(Brit. med. journal*, 21 novembre 1885).

(3) William Dubreuilh, *De l'urticaire (Gazette des hôpitaux*, 22 octobre 1892).

Enfin, nous terminerons ces quelques pages d'historique en citant les observations personnelles que M. Crouslé (1) a publiées dans sa thèse, et celles qne nous avons pu recueillir dans les divers travaux publiés sur ce sujet. Toutes ces observations sont rapportées à la fin de notre thèse.

---

(1) Crouslé. Thèse de Paris, 1889.

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'urticaire est un œdème particulier de la peau ou des muqueuses et son anatomie pathologique est à peu de chose près semblable à celle de l'œdème. Mais les auteurs ne sont pas d'accord sur ce sujet et la question a besoin de quelques recherches complémentaires. « La papule de l'urticaire, dit M. Renaut, est le type de l'œdème circonscrit et aigu de la peau. La saillie blanche répond à la portion du derme infiltré, son auréole rose à la congestion vasculaire qui l'environne et qui l'agrandit; l'apparition de la rougeur précède toujours celle de la papule; la teinte blanche de celle-ci est bien due à l'injection interstitielle du derme par la sérosité, car si l'on pique la peau avec une seringue de Pravaz et qu'on y pousse une injection d'eau, on reproduit la tuméfaction pâle et prurigineuse de l'urticaire ».

D'autre part, M. Raymond (1), à propos d'une discussion sur ce sujet, survenue entre MM. Dubreuilh et Jacquet, déclare que pour lui, dans les plaques de l'urticaire, il existe autre chose qu'une simple infiltration de sérosité. « Si dans un examen fait par M. Nicolle et cité par M. Jacquet, il n'y a eu qu'une simple transsudation de liquide, cela prouve, dit-il, qu'il peut y avoir plusieurs degrés dans l'éruption; mais on ne doit pas baser sur un seul cas l'anatomie pathologique de ces lésions ». Pour lui, il existe la plupart du temps, en même temps que l'infiltration

(1) Raymond, *Gazette des hôpitaux*, 27 décembre 1892.

de sérosité, une accumulation de leucocytes répondant exactement à l'élevure blanche centrale. Le fait avait été déjà signalé par M. Vidal. « On voit, dit-il, les vaisseaux des réseaux superficiels et profonds du derme dilatés et gorgés de sang, sans altération de leurs parois; ils sont entourés, ainsi que les lymphatiques, d'une grande quantité de leucocytes ».

Les plaques sont de forme arrondie et correspondent aux territoires vasculaires de la peau ou des muqueuses, comme M. Renaut l'a fait observer. Elles sont d'autant plus saillantes et plus étendues que le tissu conjonctif sous-jacent est plus lâche.

En somme, l'anatomie pathologique de l'urticaire cutanée est encore fort discutée. A plus forte raison, l'accord ne doit-il pas être fait lorsqu'il s'agit de lésions de même ordre frappant les voies respiratoires, où il n'est même pas possible de voir à l'œil nu ce qui se passe. Cependant les troubles doivent être semblables puisque, dans certains cas, on a pu suivre l'éruption d'urticaire jusque dans la cavité buccale et le pharynx (obs. XVII).

III

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'étiologie de l'urticaire, quoique très vaste, est très précise. L'urticaire des muqueuses des voies respiratoires, coïncidant ou alternant le plus souvent avec celle de la peau, reconnaît à peu près les mêmes causes.

Nous classerons toutes ces causes en deux grandes catégories : 1° les causes prédisposantes et 2° les causes occasionnelles ou déterminantes.

Parmi les causes prédisposantes, il faut citer d'abord l'arthritisme, que l'on retrouve dans la grande majorité des observations et certains troubles digestifs chroniques, tels que : la dilatation de l'estomac, les dyspepsies chroniques, etc.

De ce nombre sont aussi la plupart des maladies infectieuses et en particulier l'impaludisme qu'on a souvent incriminé (obs. de W. Dubreuilh).

Les causes occasionnelles de l'urticaires sont très nombreuses et très variables et nous nous contenterons de les passer en revue rapidement. Disons, tout d'abord, que toutes les causes invoquées pour la pathogénie de l'urticaire cutanée se rencontrent aussi lorsque l'affection frappe les voies respiratoires et les accidents peuvent être dus à une irritation des téguments (influence de l'air froid, obs. XVI), à des causes alimentaires, toxiques, à des troubles nerveux, etc.

Qu'il nous suffise d'énumérer l'urticaire produite par les orties et certaines autres plantes, celle des chenilles proces-

sionnaires ; dans un autre groupe signalons l'urticaire survenant après l'ingestion de moules (obs. I), de fraises, ou encore l'absorption de certains médicaments, comme l'iodure de potassium, le santal, la quinine, l'opium (obs. II). Nous devons à M. Braquehaye les deux observations inédites I et II, qui contiennent des cas d'urticaire par *ingesta*. Dans l'observation I, il s'agit d'une dame qui a eu de l'urticaires des voies respiratoires après l'ingestion de moules. Les accidents se sont répétés trois fois chez cette malade et toutes les fois après avoir mangé des moules. Dans l'observation II, c'est l'opium qui est la cause des accidents. M. Brocq, après bien d'autres, cite en effet, dans son *Traité des maladies de la peau,* l'opium comme étant capable de produire des éruptions urticariennes. Dans l'observation de M. Braquehaye, les accidents se sont produits après l'absorption d'une dose infinitésimale de sirop diacode ; et le soir même le malade prit une dose beaucoup plus forte d'opium et n'eut pas le moindre accident.

Des cas d'urticaires des voies aériennes ont été observés à la suite de ponction de kystes hydatiques. Dieulafoy en cite une observation dans son *Traité de l'aspiration.*

Nous savons aussi que les troubles digestifs (indigestions, embarras gastrique), le froid (obs. XVI), des émotions vives ou uue violente colère (obs. XVIII), enfin certaines affections des organes génitaux de la femme (obs. V) peuvent produire de l'urticaire des voies aériennes.

D'après nos observations, l'âge nous a paru sans influence dans cette affection ; il en est de même de la position sociale. Certaines professions spéciales peuvent cependant prédisposer à l'urticaire d'une façon plus particulière : exemple les pêcheurs de moules (Oui, Thèse de Bordeaux, 1889-1890).

Le climat a peu d'importance ; mais il n'en est pas de même des saisons. L'urticaire des voies respiratoires semble se pro-

duire de préférence en hiver, ou encore au commencement de l'été.

Quand elle apparaît en été, elle est due à l'asthme des foins auquel Guéneau de Mussy a voulu bien souvent l'assimiler; quand, au contraire, elle se montre en hiver, elle a été bien souvent causée par une affection bronchique ou pulmonaire. On comprend que la bronchite aiguë agisse là comme une épine qui rend les voies respiratoires plus vulnérables; et sous l'influence d'une des causes que nous avons énumérées, la localisation se produit sur la muqueuse des voies aériennes comme point de *minoris résistantiæ*.

Dans l'observation I, c'est en entrant dans une salle surchauffée que la malade a vu apparaître l'urticaire. On sait que pour la peau, l'irritation du grattage détermine au point gratté la localisation de l'urticaire. Il est probable que l'irritation produite sur les bronches, la trachée, le larynx par l'air chaud a agi de même dans ce cas.

L'on sait encore que certaines causes, en faisant disparaître une urticaire cutanée, peuvent en déterminer la localisation sur les muqueuses (obs. XVI).

Les accidents sont-ils causés par la localisation au larynx, à la trachée, aux bronches? Ils peuvent probablement être dus à tous ces sièges, d'où la diversité des observations. Les cas avec tirage et troubles de la voix indiquent des lésions laryngées; ceux où il y a des phénomènes stéthoscopiques, au contraire, indiquent une origine pulmonaire.

Mais ces accidents sont-ils dus à un œdème glottique ou à l'irritation des terminaisons nerveuses des pneumogastriques? Probablement ces deux ordres de choses entrent en jeu, car d'abord l'urticaire s'accompagne d'œdème d'autant plus marqué que le tissu cellulaire est plus abondant et puis il y a irritation des terminaisons nerveuses. L'œdème amène surtout la

dyspnée tandis que l'irritation nerveuse occasionne les accès de toux.

En outre par quel mécanisme se produit cet œdème localisé de l'urticaire?

D'après Unna, l'œdème urticarien serait dû à une contraction spasmodique des veines; d'où gêne de la circulation de retour. D'après Neisser, au contraire, « l'urticaire est due à une sécrétion active de lymphe se faisant au niveau des capillaires et amenant consécutivement la compression des vaisseaux » (Dubreuilh).

Mais c'est toujours le système nerveux qui préside à la production de l'urticaire, et, en terminant ce chapitre, nous dirons avec H. Leroux (1) : « L'urticaire est un trouble circulatoire localisé dépendant de l'irritation des nerfs vaso-moteurs, une véritable névrose vaso-motrice, comme disent Schwimmer et Eulenburg, ou une dermatose angio-nerveuse, si on préfère l'expression d'Auspitz ».

---

(1) Leroux, art. *Urticaire,* Dict. encyclopédique.

IV

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes de l'urticaire des voies respiratoires présentent plusieurs types, comme on peut le voir d'après les observations que nous avons réunies.

1° Dans certains cas l'éruption cutanée peut paraître la première, et les troubles respiratoires viennent ensuite.

2° D'autres fois, au contraire, les troubles respiratoires apparaissent tout d'abord et sont suivis, quelque temps après, de l'éruption cutanée. Ce sont les faits de ce genre qui constituent le type clinique le plus important, et dont l'effet est le plus dramatique ; d'autant plus que dans ces cas le diagnostic est en suspens et le médecin hésite bien souvent entre l'asthme urticarien et un certain nombre d'autres affections de l'appareil respiratoire dont les symptômes sont analogues et que nous passerons en revue dans le chapitre suivant. Ce n'est la plupart du temps qu'après l'apparition de l'urticaire cutanée que l'on peut faire le diagnostic. L'observateur dans ce cas n'aura pour s'éclairer que les symptômes qu'il pourra observer du côté des voies aériennes et c'est précisément alors qu'il devra s'attacher à bien les analyser. C'est ce que nous allons tâcher de faire, en laissant de côté le premier groupe de faits où l'urticaire de la peau apparaît tout d'abord, comme un signe avant-coureur, un avertissement, en quelque sorte, de la possibilité d'un transfert de l'éruption sur les muqueuses des voies respiratoires.

Dans la première période des accès d'asthme urticarien, les troubles respiratoires existent seuls et le diagnostic est parfois très difficile, pour ne pas dire impossible, comme dans certains cas que nous citons dans nos observations, et où les malades ont été traités pour des accès d'asthme essentiel pendant de longues années, jusqu'à ce qu'enfin l'éruption à la surface de la peau soit venue jeter un jour nouveau sur cette affection.

Mais les troubles respiratoires présentent deux types bien tranchés que font très nettement ressortir certaines observations. Certains cas simulent une crise d'asthme ; d'autres, au contraire, donnent lieu à des accès de suffocation avec quintes de toux, et simulent l'œdème de la glotte, avec lequel on a pu les confondre quelquefois. C'est dans ce dernier cas que l'examen laryngoscopique serait utile, s'il était possible de le pratiquer, comme le dit Fischer (1) dans une observation. Mais cet examen, tenté par beaucoup d'observateurs, a toujours été à peu impossible, car les accès de suffocation redoublaient aussitôt. Dans les cas où l'on a pu examiner l'arrière-gorge, on a observé des plaques rougeâtres, érythémateuses, surélevées. Lorsque, au contraire, l'éruption siège sur le larynx, la trachée ou les bronches, les lésions sont invisibles, mais l'on peut inférer de leur forme et de leur aspect, d'après ce que l'on observe quelquefois sur les muqueuses accessibles.

Les troubles fonctionnels, par contre, sont parfois effrayants. On observe de la dyspnée, une angoisse respiratoire terrible; le malade étouffe, il sent que l'air ne peut plus passer; d'autres fois, ce sont des picotements au niveau de la gorge et une toux quinteuse et prolongée.

Ces accidents surviennent, dans certains cas, peu de temps après une cause quelconque facile à trouver par les commé-

---

(1) Fischer, *Internationale klinische Rundschau*, Vienne, 1er octobre 1893.

moratifs du malade, par exemple après l'ingestion de moules (obs. I, obs. de Gilbert Martyn (1), etc.) ou après l'absorption d'une certaine dose d'opium (obs. II); dans d'autres cas, au contraire, la cause reste inconnue.

Ces phénomènes se montrent après un temps variable de quelques instants à quelques heures. Parfois, c'est à table et avant la fin de son repas que le malade est pris tout à coup d'un accès de suffocation (obs. VIII), ou bien c'est un moment après avoir mangé; dans la nuit, au milieu du sommeil, le sujet est atteint de troubles respiratoires. Dans une observation du docteur Pourcher (2), un malade fit un jour une promenade et cueillit quelques fraises qu'il mangea. Ce n'est que le soir à 8 heures, « après son dîner, qu'il fut surpris tout à coup par un accès d'asthme des plus violents au moment où il faisait brûler du papier nitré. Le malade était en proie à une dyspnée effrayante; la face, les lèvres étaient violacées et horriblement déformées. Ce n'était qu'au prix de vigoureux efforts qu'il parvenait à introduire une petite quantité d'air dans les poumons ».

Chez certains sujets, on observe des accès de toux subintrants pouvant simuler l'hypercoqueluche. Le malade est cyanosé, ses yeux sont larmoyants. Il peut y avoir des troubles de la voix, comme dans l'observation XV. Dans d'autres cas, les signes sont notablement différents. On observe des troubles stéthoscopiques divers. Dans une observation (obs. V) que nous avons tirée de la *Gazette des hôpitaux* (1884), la crise débute par des étouffements très pénibles, avec des râles de congestion pulmonaire et emphysème des deux côtés de la poitrine, surtout à gauche.

---

(1) Gilbert Martyn, *British med. journ.*, 8 juin 1895.

(2) Pourcher, *Gazette hebdomadaire*, 1881.

Le pouls est le plus souvent rapide, et l'on a pu observer jusqu'à 120 pulsations à la minute (Obs. II et X).

La température est parfois élevée (Obs. V) et de même que dans l'urticaire cutanée, il peut y avoir de la fièvre (fièvre ortiée).

Cette première période est rarement vue par le médecin qui arrive pendant la deuxième période ou au déclin de la première, lorsque les phénomènes que nous venons d'examiner commencent à s'apaiser.

Mais ces phénomènes ont tellement effrayé le malade et son entourage, qu'ils en font généralement une description très précise au médecin. Dans certains cas très graves la mort est imminente (Obs. XIV).

A la deuxième période, l'accès diminue au moment où la poussée se fait vers la peau. C'est une véritable lésion à bascule, car si l'éruption cesse la toux reparaît. Dans notre observation XIV, il y a une sorte de balancement entre les symptômes fonctionnels du côté de l'appareil respiratoire et l'éruption de la peau.

D'autres fois, au contraire, l'éruption se développe souvent vers la bouche, gagne de proche en proche les lèvres, puis la face et le reste du corps (Obs. XVII).

Dans certains cas exceptionnels, les signes pulmonaires coexistent avec l'éruption cutanée (Obs. VIII).

Enfin signalons un fait particulier assez bizarre, que M. Braquehaye rapporte dans l'observation II. C'est l'absence d'urticaire sur toute la partie du thorax badigeonnée de teinture d'iode, tandis que l'éruption existait sur les parties circonvoisines.

Telle est la *marche* habituelle, qui peut se répéter indéfiniment avec les mêmes formes et la même succession de symptômes. C'est ainsi que chaque fois que la malade de l'ob-

servation I mange des moules, elle voit survenir une crise d'asthme.

La *durée* de ces accès de suffocation peut varier de quelques heures au moins encore à plusieurs jours; mais la terminaison est en général favorable : c'est l'apparition de l'urticaire de la peau le plus souvent.

A côté de cette forme, où l'urticaire cutanée vient donner, en quelque sorte, la signature de l'affection, peut-être y a-t-il des cas où les signes pulmonaires ou bronchiques existent seuls sans l'éruption. Nous avons cité plusieurs observations, où les malades ont été soignés pour un asthme essentiel pendant plus ou moins longtemps, puis un jour, on a remarqué la coexistence des deux affections (asthme et urticaire) se succédant et se remplaçant l'une l'autre.

Quant au *pronostic,* nous n'en dirons qu'un mot. L'affection qui nous occupe a le plus souvent un caractère plus effrayant que grave; mais la récidive est facile et parfois fréquente. L'asthme urticarien indique presque toujours un mauvais état général, comme l'urticaire cutanée elle-même.

V

DIAGNOSTIC

Le plus souvent le diagnostic de l'urticaire des voies respiratoires est facile lorsque apparaît l'éruption cutanée et surtout lorsque les mêmes accidents se sont déjà produits antérieurement.

Mais il y a des cas où l'éruption de la peau est peu intense ; il faudra toujours la rechercher avec soin.

Avant l'éruption cutanée, on pourra confondre les accidents de l'urticaire des voies aériennes avec un certain nombre d'affections que nous allons passer en revue.

Tout d'abord, chez l'enfant, on devra faire le diagnostic avec le *faux croup*. Il y a en effet, dans certains cas, tous les signes de la laryngite striduleuse et le médecin ne peut guère se prononcer. C'est dans ces circonstances difficiles qu'il sera bon d'avoir recours à un moyen signalé par M. Crouslé et que M. Quinquaud a indiqué le premier : c'est de rechercher l'état *urticans de la peau* (propriété qu'ont certains sujets de présenter au moindre contact des phénomènes ortiés). Malheureusement ce signe est bien infidèle et on ne l'obtiendra pas toujours.

La *coqueluche* présente des signes communs avec l'affection qui nous occupe. On observe souvent une sensation de chatouillement incommode à la gorge (comme dans quelques-unes de nos observations), de la dyspnée, une anxiété extrême. Mais dans l'urticaire, la toux est moins quinteuse, et la dyspnée est plus subite que dans la coqueluche. Dans cette dernière, les

quintes s'établissent progressivement au début de la maladie, et ne disparaissent que peu à peu. De plus la coqueluche est une maladie épidémique : caractère qui pourra parfois éclairer le diagnostic.

Dans l'*œdème de la glotte,* la dyspnée est le symptôme dominant. Le malade sent quelque chose qui l'étouffe. Il n'y a pas ce léger chatouillement de la gorge, cette raucité de la voix que l'on observe dans l'urticaire du larynx. « La toux est pénible, et le doigt porté derrière la base de la langue, reconnaît le gonflement des replis muqueux et le caractère œdémateux de ce gonflement » (1). De plus, cette maladie est bien souvent mortelle.

Pour le *vrai croupe,* le diagnostic sera plus facile. Il suffira de rechercher avec soin s'il y a des fausses membranes et des bacilles de la diphtérie : examen que doit savoir faire aujourd'hui tout médecin.

Il nous reste en second lieu à faire le diagnostic chez l'adulte. On pourra confondre l'urticaire des voies respiratoires avec l'*asthme* qui lui est bien souvent lié. Mais dans l'asthme vrai, la dyspnée ne s'établit que peu à peu ; en général, moins brusquement que dans l'urticaire, la respiration est précipitée, haletante, entrecoupée, bruyante. La toux est pénible et suffocante.

Certains accidents peuvent donner lieu aux phénomènes de l'urticaire des voies respiratoires. Les *kystes hydatiques* du poumon, après une ponction ou spontanément, peuvent se vider en plus ou moins grande quantité dans les bronches et y provoquer de l'urticaire.

Quelquefois des *injections sous-cutanées* faites dans des veines ont produits des phénomènes analogues. La morphine, et les

---

(1) Littré, *Dict. de médecine.*

sérums antitoxiques peuvent donner de l'urticaire. Il y a d'abord immédiatement, au moment des injections, des phénomènes syncopaux, produits par embolie pulmonaire ou cardiaque, puis vient l'éruption d'urticaire amenant généralement la cessation des phénomènes syncopaux. Mais dans ces cas, le diagnostic est facile, comme on le voit. Les phénomènes sont ceux de la syncope et non pas ceux d'un accès de suffocation. Il n'y a pas de toux; le visage est pâle et non cyanosé comme dans les cas d'urticaire des voies aériennes.

On pourrait encore confondre les accidents de l'urticaire avec les *symptômes laryngo-bronchiques des ataxiques*. Ce point du diagnostic est important pour notre observation I, dans laquelle la malade présente des signes de tabes, et est prise parfois d'une toux coqueluchoïde avec reprises. On observe aussi des phénomènes congestifs de la peau, sueurs, cyanose, hypéresthésie. Mais ce ne sont pas là les phénomènes congestifs de l'urticaire vraie.

La vraie cause en est dans l'ataxie que présente la malade. Chez elle, les symptômes laryngo-bronchiques du tabes, et ceux de l'urticaire sont bien distincts et ces derniers ne surviennent qu'après que la malade a mangé des moules.

Enfin, on pourra se demander si la lésion est laryngée ou broncho-pulmonaire. Dans ces deux cas les signes sont distincts et nous avons des observations de ces deux localisations.

Dans le cas de localisation sur la muqueuse laryngée, on observera des troubles de la voix, du tirage sus-sternal (ex. : Obs. X); dans le cas d'urticaire broncho-pulmonaire, on entendra des signes stéothoscopiques (ex. : Obs. III).

VI

TRAITEMENT

« Tout l'arsenal de la pharmacopée, dit Leroux (1), a été mis à contribution pour combattre l'urticaire, et il semblerait qu'on n'ait que l'embarras du choix ; mais par l'application, on voit combien souvent des remèdes prônés échouent devant certains cas d'urticaire chronique ». Au lieu de nous attarder à énumérer tous ces médicaments, nous distinguerons, avec M. Dubreuilh, deux sortes de traitements de l'urticaire : D'abord un traitement symptomatique, qui est en général très important dans l'urticaire des voies respiratoires et un traitement étiologique, qui ne nous retardera pas longtemps, car ce serait répéter le chapitre de l'étiologie.

Le traitement symptomatique, avons-nous dit, est très important. En effet, lorsqu'on se trouve en présence d'un malade ayant eu subitement de la dyspnée et des accidents de suffocation quelquefois terribles, le premier travail est de tâcher de les faire disparaître en appelant sur le tégument externe l'éruption d'urticaire, par des frictions, l'urtication, etc.

Nous rapportons une observation de M. Juhel-Rénoy, cité par Crouslé, dans laquelle l'auteur fit disparaître chez une malade des accès de suffocation très intenses survenus tout à coup et apparaître en même temps une éruption d'urticaire à la peau à l'aide de frictions sur les avant-bras. M. Dubreuilh

---

(1) Leroux, Art. *Urticaire*, Dict. encyclopédique.

conseille de donner des bains de pieds chauds, sinapisés ou non pour faire de la dérivation.

Dans certains cas la suffocation sera calmée par des applications d'eau très chaude en avant de la tranchée et du larynx. Ce moyen a parfois donné de bons résultats.

Si la cause des étouffements paraît être laryngée et dans les cas très graves, on pourra essayer de faire le tubage du larynx de O'Dwyer, qui a été récemment remis en honneur, et si les jours du malade paraissent être en danger, dans les cas de mort imminente (obs. VIII), il serait peut-être indiqué de faire la trachéotomie. Il est bien entendu que cette opération, très grave par elle-même, ne devrait être tentée qu'*in extremis* et seulement dans le cas où l'on pourrait espérer donner un passage à l'air arrêté par l'œdème ortié siégeant au niveau du larynx.

Si le malade a eu d'autres accès semblables et si la cause de l'urticaire est alimentaire et existe avant que l'éruption n'ait apparu, il faudra éliminer les toxines par un vomitif (obs. I) qui produira un effet rapide, ou par un purgatif.

Quand l'éruption a fait son apparition, et surtout si l'urticaire est à répétition, on emploiera le benjoin, le jaborandi.

Dans l'urticaire du larynx surtout, Noel Guéneau de Mussy a obtenu de bons résultats du benjoin (obs. XX) et dans ses *Considérations sur les Endermoses,* il cite l'observation (obs. XIX) d'une femme chez laquelle la sécrétion sudorale était abolie et qui était sujette à de l'urticaire des voies respiratoires. Il essaya la médication sudorifique, et ordonna la poudre de jaborandi à petites doses (10 centigrammes par jour) et longtemps continuée. Les accès d'étouffement disparurent.

Enfin, dans certains cas, M. Barthélemy conseille d'avoir

---

(1) N. Guéneau de Mussy, Soc. de thérapeutique, février 1881.

recours aux antispasmodiques, tels que l'éther, le chloroforme, etc. C'est ainsi que, dans certains cas, huit à dix gouttes d'éther dans un verre d'eau ont suffi à produire un calme presque subit.

Une fois l'accès d'étouffement passé, on songera à établir le traitement étiologique. Si la crise a été provoquée par l'ingestion d'un aliment ou d'un médicament, il faudra évidemment le supprimer ; et, en outre, on se trouvera bien, en pareil cas, d'un purgatif salin ou huileux. On mettra en même temps le malade à la diète lactée ou absolue.

Si le sujet est un paludéen, le sulfate de quinine fera souvent disparaître l'urticaire.

Les urticaires chroniques sont les plus rebelles. On devra toujours s'attacher à faire le diagnostic de la cause, et traiter ensuite cette cause par les moyens ordinaires. L'arthritisme étant souvent en cause, on devra toujours le rechercher dans les antécédents héréditaires ou personnels du malade et le combattre par des remèdes appropriés.

---

(1) Traduction de Duhring, p. 171, note.

OBSERVATION I (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Braquehaye, professeur-agrégé à la Faculté de Bordeaux).

Urticaire après l'ingestion de moules; accès d'étouffement; urticaire cutanée.

Mme Th. G..., 50 ans.

Antécédents héréditaires : Son père est mort d'un accès de goutte; sa mère était, elle aussi, une arthritique; elle est morte d'un cancer de l'utérus.

Antécédents personnels : Mme Th. G... jouit habituellement d'une bonne santé. Elle a eu, il y a 25 ans, les fièvres intermittentes et une pleurésie droite, il y a 6 ans. Depuis plusieurs années, elle est soignée comme ataxique; mais son tabes est encore au début. Elle a de rares accès de douleurs fulgurantes dans les membres; ses réflexes rotuliens sont abolis. Difficulté de se tenir debout dans l'obscurité. Impossibilité de descendre un escalier dans l'obscurité.

La malade présente de l'anesthésie plantaire, qui donne pendant la marche une sensation que la malade désigne par « sensation de pied rond ».

La malade mène une vie active, et sans les crises douloureuses dont elle souffre, elle ne nous aurait pas consulté pour son ataxie.

Rien dans les urines.

Pas de troubles digestifs.

Depuis plusieurs années, la malade est sujette à de l'urticaire quand elle mange des fraises (dont elle ne peut supporter l'odeur), ou bien des moules.

Quand nous la voyons le 24 décembre 1895, elle vient d'être prise d'une crise de suffocation avec accès de toux subintrants. Au repas du soir, elle a mangé à peine 3 ou 4 moules, bien fraîches, de bonne apparence. Son mari et les domestiques qui en ont mangé plus abondamment les ont trouvées excellentes et n'en ont pas été incommodés.

L'auscultation et la percussion sont absolument négatives. L'accès de toux est survenu presque aussitôt vers la fin du repas. Quand nous voyons

la malade vers huit heures et demie du soir, sa face est congestionnée, bouffie et présente l'aspect ortié par places. Il y a encore de nombreux accès de toux qui semblent cependant moins forts depuis que l'éruption de la face a apparu. Cette éruption est prurigineuse.

Le pouls et la température sont normaux.

Bientôt apparaissent des plaques d'urticaire absolument caractéristiques, sur les bras, la poitrine, les jambes, partout où il se fait des frottements. La malade est portée à se gratter.

Déjà deux fois, nous dit la malade, elle a eu des accès analogues, débutant par des accès de toux, et chaque fois après avoir mangé des moules.

Comme traitement, nous ordonnons : une lotion phéniquée avec quelques gouttes d'essence de menthe et une potion avec 30 grammes de sirop diacode. Le tout précédé d'un vomitif (ipéca, 1 gr. 50 en trois cachets de 0,50 centigr. chacun).

Le lendemain matin, quand nous revoyons la malade, la guérison est complète. Elle nous raconte que la suffocation et les accès de toux ont diminué à partir de notre visite de la veille, à mesure que l'éruption de l'urticaire se généralisait. Il reste encore un peu de démangeaison sur les membres, mais il n'y a plus de trace d'urticaire.

Pendant tout le reste de l'hiver, elle a été sujette à s'enrhumer facilement. Elle a même, un mois environ après, une bronchite assez intense.

OBSERVATION II (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé Braquehaye).

Eruption d'urticaire débutant par des accidents du côté des voies respiratoires et consécutives à l'absorption d'une dose infime d'opium.

M. G..., âgé de 67 ans, a toujours joui d'une excellente santé. Il n'offre rien à signaler sur les antécédents personnels, ni héréditaires. Signalons cependant qu'il est dyspeptique depuis quelques années, ce qui est dû à la perte presque complète de ses dents nécessitant l'usage d'un râtelier. Ces troubles dyspeptiques (douleurs épigastriques, distension de l'estomac)

l'obligent à se déboutonner après le repas : constipation fréquente, palpitations cardiaques au moment des digestions (100 pulsations à la minute) cessent par l'usage des aliments en purée (viande, poisson, légumes) et l'usage du lait coupé d'eau de Vichy que nous lui avons prescrit il y a un mois environ.

Il nous fait appeler le 29 avril parce qu'il a pris froid ; nous constatons, en effet, des signes de bronchite manifestes surtout à droite.

Traitement : Badigeonnage de teinture d'iode, enveloppement ouaté du thorax, lait chaud avec rhum et la potion suivante à prendre par cuillerée toutes les deux heures : Kermès minéral, 10 centigr. ; sp. diacode, 30 gr. ; julep gommeux, 90 gr.

C'est vers 4 heures de l'après-midi qu'il prend la cuillerée de cette potion ; moins d'un quart d'heure après, il est pris brusquement de menaces de suffocation avec quintes de toux. Cet accès dure trois-quarts d'heure sans interruption, fatigant beaucoup le malade et lui causant une douleur assez vive aux insertions du diaphragme. Vers cinq heures, l'accès s'arrête assez brusquement, mais en même temps survient une poussée d'urticaire généralisée. Cependant toute la région du thorax qui a été badigeonnée de teinture d'iode reste indemne. Lorsque nous voyons le malade, il est cinq heures et demie. Nous constatons que les membres, surtout les inférieurs, portent une éruption manifeste d'urticaire. Sur la face interne des cuisses, on voit des papules ayant environ 2 centimètres de large se détachant en blanc sur le fond du tégument rouge de la peau. Il semble que le malade se soit roulé dans des orties. L'éruption paraît partout où il se gratte, excepté sur la surface cutanée qui a été recouverte de teinture d'iode. La gorge est absolument saine et ne présente pas d'éruptions.

Traitement : Un verre d'eau d'Hunyadi Jänos pour le lendemain matin. Lotions légères sur les régions présentant l'éruption avec une solution phéniquée additionnée d'essence de menthe.

Les accidents cessent assez rapidement et, à 8 heures du soir, il ne reste plus rien de la poussée cutanée qu'a présentée notre malade, pas même des démangeaisons.

Nous cherchons vainement dans son alimentation la cause de cette

urticaire qui survient chez M. G... pour la première fois. Depuis le matin, il n'a pris que du lait frais et bouilli, et une noix de côtelette hachée. Celle-ci était très fraîche et ne saurait être incriminée. L'éruption ayant apparu peu d'instants après l'absorption de la potion, nous pensons devoir en rechercher la cause. Ignorant des faits, rares d'ailleurs, d'urticaire consécutive à l'absorption de l'opium, nous pensons d'abord que le julep, étant peut-être de mauvaise qualité devait être incriminé. Aussi supprimons-nous la potion pour la remplacer par 5 centigrammes d'extrait thébaïque en une pilule. Mais la potion, examinée avec soin, avait été faite dans d'excellentes conditions. C'est alors qu'en faisant le soir quelques recherches sur la cause possible des accidents observés, nous voyons que l'opium, même à faibles doses, pourrait être incriminé.

Aussi nous attendions-nous le lendemain matin à apprendre que l'ingestion de la pilule d'extrait thébaïque avait causé les mêmes accidents que le sirop diacode, mais il n'en était rien. La pilule prescrite avait procuré au malade un sommeil très tranquille et le lendemain il nous disait qu'il y avait plus d'une semaine qu'il ne s'était pas senti aussi bien.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Les observations d'urticaire débutant par les voies respiratoires sont rares et méritent d'être signalés. — Il est intéressant d'observer aussi que chez notre malade, les moules, les écrevisses, le homard et autres crustacés, dont il fait fréquemment usage, n'ont jamais rien provoqué, bien qu'il soit dyspeptique. Il semble que ce soit l'opïum sous forme de sirop diacode pris à très faible dose qui ait été cause de l'éruption, tandis qu'une dose beaucoup plus considérable (5 centigrammes d'extrait thébaïque) n'a amené ni démangeaisons, ni éruption, ni accident d'aucune sorte.

OBSERVATION III

(Thèse de M. Crouslé. Paris, 1889).

Urticaire bronchique et cutanée.

Mme X..., d'une excellente santé habituelle, n'a jamais eu d'urticaire. Point de traces d'herpétisme, ni d'arthritisme.

A un fils qui a eu de l'urticaire, une sœur qui a, quand elle mange des crevettes, ou des coquillages, des rougeurs accompagnées de prurit survenant peu de temps après le repas et durant environ 2 heures.

Mme X..., a mangé très souvent des moules, qu'elle aime beaucoup, sans en éprouver aucun inconvénient jusqu'à l'année dernière.

Au mois de février 1888, elle en a pris à déjeuner. Deux heures après, en entrant dans une salle très chauffée, elle éprouve une sensation d'étouffement qu'elle compare à celle qu'elle a éprouvée en pénétrant dans une étuve humide, à Bade. Point d'anxiété, ni de douleur. Pas de sensation de gonflement de la langue, ou du nez bouché.

Au bout de quelques minutes, la sensation d'étouffement diminue en même temps qu'apparaissent des rougeurs prurigineuses, sur la face d'abord, puis sur les membres et le tronc entier. Le grattage n'a pas modifié l'aspect des rougeurs, qui avaient disparu complètement au bout de peu d'heures.

Soupçonnant les moules, Mme X... s'en est abstenue pendant un certain temps, mais elle ne s'est pas privée d'huîtres, et les huîtres ont produit les phénomènes analogues, moins intenses. Puis Mme X... a tenté de nouveau de goûter aux moules et les mêmes accidents se sont reproduits.

Dans le même temps, aucun trouble de la santé générale.

OBSERVATION IV (résumée).

(Thèse de M. Crouslé, Paris 1889).

Urticaire muqueuse ayant précédé l'urticaire cutanée.

Marie C..., 66 ans, domestique; née à Paris, élevée en Bourgogne, elle y a vécu jusqu'à l'âge de trente ans.

Elle n'a pas connu ses parents, qui, à sa naissance, l'ont mise aux Enfants trouvés.

Antécédents personnels : A l'âge de 10 ans, première fluxion de poitrine qui s'est répétée plusieurs années de suite à la même époque. Jusqu'à l'âge de 55 ans, elle a eu, toujours à la même époque, des maux de gorge qui se terminaient par un abcès.

Pas d'alcoolisme, pas de syphilis.

Il y a 3 ou 4 ans, elle a été prise subitement la nuit d'un vomissement de sang rouge et pur très abondant. Quelquefois elle a eu des accès d'étouffement la nuit, ou quelques accès de toux.

Jusqu'au 10 juin 1887, la malade a présenté des symptômes fort divers et paraissant peu se rapporter à l'affection qui nous occupe. En effet, à la suite d'un accident, la malade perd l'appétit, tousse beaucoup, maigrit et perd ses forces. Elle crache souvent des caillots de sang.

Plus tard, elle présente de l'œdème des membres inférieurs. Pas de stigmate hystérique.

Quelque temps après la malade est atteinte de polyurie avec pollakiurie et incontinence d'urine. Son appétit est très développé, sa soif toujours très vive.

Douleurs en ceinture, surtout au niveau de l'hypochondre droit.

Poumons : signes de catarrhe chronique, avec congestion disséminée.

Enfin, le vendredi 10 juin 1887, en se couchant, la malade fut prise de démangeaisons par tout le corps. Le début s'est fait par les mains, couvertes, après grattage, de petits boutons rouges, gros comme des lentilles. Elle n'avait jamais rien eu de semblable. L'éruption a duré quatre à cinq heures, puis elle a disparu. Les démangeaisons ont persisté un quart d'heure après la disparition de l'éruption. Celle-ci siégeait au

début aux deux faces des mains, à l'intérieur desquelles il n'y avait que des démangeaisons sans boutons. L'éruption se généralisa à tout le corps, oreilles, face, tête, organes génitaux, anus.

Impossible de trouver la cause de cette éruption.

Les jours suivants, à la même heure, même éruption dans les mêmes conditions.

Le lundi 13 avril, après un bain alcalin, l'éruption du soir a été plus forte.

15 juin : Dans la nuit de mardi à mercredi, vers 4 heures du matin, la malade est réveillée par des démangeaisons violentes. Le grattage fait apparaître seulement des rougeurs, mais pas de boutons. Durée 1 heure 1/2 à 2 heures.

Vers 10 heures 1/2 du matin, les démangeaisons ont cessé. On trouve l'état urticans.

Les démangeaisons du soir et du matin s'accompagnaient de sueurs.

15 juin soir : Démangeaisons à 9 heures. Le grattage détermine des rougeurs non saillantes.

16 et 17 : Eruptions biquotidiennes, une diurne, une nocturne : rien de spécial.

18 : Dans un bain alcalin les démangeaisons apparaissent très violentes, généralisées.

20 : Dans la nuit, entre 1 et 2 heures, la malade est réveillée par des étouffements qui l'obligent à s'asseoir dans son lit, un peu inclinée sur le côté gauche.

Douleur dans la région du cœur, sans irradiation dans les bras. Douleur dans les hypochondres. La dyspnée a duré 3 à 4 heures, remplaçant l'accès de démangeaisons.

La malade a été obligée de se lever, de marcher, elle ne pouvait rester en place : elle comprimait ses hypochondres douloureux, le droit surtout. Nous avons, à la visite du matin, cherché et trouvé l'état urticans de la peau.

Les urines examinées ne présentent ni sucre, ni albumine.

25 juin : L'éruption est constituée aujourd'hui par des plaques de piqueté rouge, non prurigineuses, non saillantes, sur les avant-bras. L'état urticans est très net, même sur la face.

OBSERVATION V

(*Gazette des hôpitaux*, 1884).

Urticaire alternant avec de la congestion pulmonaire et de l'emphysème. — Troubles de la menstruation.

Jeune fille de 19 ans, entrée le 14 mai dans le service de M. Grancher. Bien portante jusqu'à l'âge de 11 ans. A ce moment, elle fut prise d'une bronchite qui dura 9 mois à l'état aigu et à la suite de laquelle elle ne cessa plus de tousser.

La menstruation s'établit péniblement. Les règles, qui avaient paru pour la première fois, à 14 ans juste, ne revinrent que deux fois dans le cours d'un an, et elles ne se régularisèrent définitivement que l'année dernière.

Le 5 avril commença une perte qui se prolongea durant 35 jours. Elle durait encore lorsque la malade se fit recevoir à l'hôpital. Mais ce n'était point pour cela qu'elle entrait.

Le 2 mai avaient débuté des étouffements extrêmement pénibles, avec râles sifflants très aigus, point très douloureux dans le côté gauche de la poitrine et l'on constata l'existence d'une congestion pulmonaire, avec emphysème des deux côtés, mais surtout à gauche. La malade, complètement assise sur son lit, ne pouvait parler; elle faisait des efforts extrêmes pour respirer.

Trois jours après, une urticaire se manifesta, occupant les avant-bras, la poitrine et les cuisses et presque aussitôt tous les phénomènes pulmonaires s'apaisèrent. La malade revient à son état habituel, toussant un peu, mais sans oppression, sans râles sibilants, sans souffle bronchique, sans retentissement exagéré de la voix, sans submatité locale, sans aucun signe de tubercules ou d'affection soit chronique, soit aiguë ou subaiguë, de la trame pulmonaire.

L'urticaire dura une huitaine de jours, puis la malade, se sentant mieux, demanda à rentrer dans la place qu'elle occupe en qualité de domestique.

Elle y resta quatre jours, mais se sentant fatiguée, perdant fréquemment connaissance.

Dans la nuit du 28 mai, à 3 heures du matin, elle fut reprise d'étouffements aussi violents que la première fois ; la température dépassait 39° ; on trouva de nouveau de l'emphysème avec congestion pulmonaire plus intense encore que la première fois. Le lendemain la fièvre était tombée et l'on découvrit sur les avant-bras et sur le haut de la poitrine une éruption qui, différant un peu de l'urticaire classique par la saillie et le volume des boutons roses qui la constituaient, s'en rapprochait par la vivacité des démangeaisons qu'elle causait. Le 3 juin, la température remonta jusqu'à 40°, à l'occasion d'une angine herpétique et le 4 juin à 40°,2 alors que des boutons d'herpès parurent également à la lèvre. Les jours suivant elle tomba à 39°, puis à 38°,3, puis à 37° ; mais à ce moment l'oppression avait complètement disparu. La respiration est redevenue tout à fait normale. Cette fois encore l'emphysème et la congestion pulmonaire avaient fait place à une éruption cutanée, démangeante, fugace, paraissant et disparaissant tantôt sur un point, tantôt sur un autre, comme l'urticaire.

OBSERVATION VI

(Thèse de Crouslé. Paris, 1889).

Asthme, œdème de la glotte et urticaire par ingesta.

M. Gaucher a donné ses soins à une jeune femme de 27 ans, qui présentait depuis longtemps des attaques d'urticaire cutanée, quand elle mangeait des moules, du poisson, du homard, etc.

Deux ou trois fois M. Gaucher fut témoin des phénomènes suivants : Dans une première occasion, la malade, en même temps qu'elle présentait une éruption ortiée, provoquée par une des causes habituelles, fut prise de dyspnée intense semblable en tout à un accès d'asthme. Une autre fois les accidents furent identiques à ceux de l'œdème de la glotte.

Ni dans la famille, ni dans les antécédents personnels de la malade, on ne trouvait trace d'arthritisme. La malade elle-même n'avait pas eu d'urticaire dans d'autres conditions. Elle n'avait jamais eu d'autres accès de dyspnée, ni d'asthme.

OBSERVATION VII

(Sevestre, *Société médicale des hôpitaux*, 1889).

Urticaire ab ingestis.

J'ai été, il y a quelques années, appelé dans ma maison à voir une dame qui, une demi-heure après son déjeuner, avait été prise d'une angoisse considérable et d'accès de suffocation ; la gorge était extrêmement rouge, boursouflée et je ne savais trop comment expliquer ces accidents, lorsque sous mes yeux cette dame présenta une éruption d'urticaire qui ne tarda pas à se généraliser. Je pus rassurer la malade et, quelques heures après, en effet, les accidents avaient disparu complètement.

Une heure après, on m'avait demandé dans la même famille pour un enfant de 4 ans qui, lui aussi, avait présenté des accès de suffocation ; je les interprétai de la même façon et chez lui aussi parut, peu de temps après, une éruption d'urticaire (le fils et la mère avaient mangé des moules à leur déjeuner).

J'ajoute que chez l'enfant les accidents de suffocation étaient assez effrayants et j'aurais été très embarrassé si je n'avais pas vu auparavant les mêmes accidents chez la mère.

OBSERVATION VIII

(Juhel-Rénoy cité par Crouslé).

Urticaire curative après un accès de suffocation très intense.

Le 25 novembre 1885, je suis demandé en toute hâte dans une maison où un des invités est, dit-on, en danger de mort. A mon arrivée, je trouve un jeune homme de 28 ans, pâle, le visage couvert de sueur, en plein état syncopal et en proie à une dyspnée extrême. — Je m'enquiers, et l'on me dit que subitement il s'est plaint d'étouffement, s'est levé, puis s'est affaissé.

J'interroge sa jeune femme sur sa santé antérieure, sans résultat ; ce faisant, je fais transporter le malade dans une chambre, et me mets en devoir de le faire flageller par les domestiques présents. — A peine le corps a-t-il été cinglé qu'apparaissent des rougeurs et que le malade entr'ouvre les yeux : il me regarde hébété et fait signe qu'il étouffe. Tandis que je tiens sa main, je lui frictionne *machinalement* l'avant-bras et, à ma grande surprise, je vois apparaître une plaque d'urticaire.

C'était un trait de lumière pour moi. J'ordonne des frictions générales et vois apparaître, au fur et à mesure, les rougeurs caractéristiques ; bientôt le prurit vient s'y joindre ; le malade reprend sa pleine connaissance et la crise se termine après 3/4 d'heure. J'interroge à nouveau malade et assistants, et j'apprends que M. X... a mangé par mégarde une « sole normande » — mets dans lequel il entre une notable quantité de moules. Le malade, en entendant le fait, me raconte, qu'étant à Boston, il y a 6 ans, il a été frappé de phénomènes absolument *semblables*, qu'il a été en état de *mort imminente* durant 2 heures, jusqu'au moment où une urticaire est apparue.

OBSERVATION IX (résumée).

(Kingsbury, *British med. J.* 1885, t. I.)

Asthme et urticaire produits par un cataplasme de farine de lin.

Il s'agit d'une femme agée de 32 ans, qui souffrait beaucoup d'un ulcère à la jambe droite. La malade avait toujours refusé une intervention chirurgicale. Espérant la soulager temporairement, l'auteur lui prescrivit un grain de codeia et un cataplasme de farine de lin à appliquer sur l'ulcère.

Mais la malade objecte que déjà plusieurs fois elle avait appliqué des cataplasmes et qu'à chaque fois elle avait eu une attaque d'asthme. Malgré cela le médecin fit appliquer le cataplasme ; 3 heures après, il était rappelé et il trouva sa cliente en proie à une crise d'asthme terrible. Le cataplasme fut enlevé et l'attaque disparut peu à peu.

Il est à remarquer que toute autre sorte de cataplasme ne produisait

rien chez cette malade. Il lui suffisait au contraire de sentir ou de voir préparer un cataplasme de farine de lin pour qu'elle fût prise d'accès de suffocation.

OBSERVATION X.

(T. Davier Pryce, *Lancet*, 1886, I.)

Asthme et urticaire ; urticaire de la bouche, du larynx, après l'application d'un cataplasme de farine de lin.

James R...., garçon de 16 ans, fut admis au dispensaire de Nothingham le 18 octobre 1885; il souffrait d'un phimosis. C'était un individu bien portant, qui n'avait jamais été atteint que des maladies ordinaires de l'enfance, telles que la rougeole.

Le 28 octobre, il fut opéré de son phimosis. Le 30, le pénis étant un peu enflé, on ordonne un cataplasme de farine de lin. Peu après l'application du cataplasme, le malade se plaignit d'une violente irritation, de démangeaisons, de cuisson de la peau, d'abord aux points touchés par la farine de lin, puis sur toute la surface du corps.

Aussitôt apparut une éruption d'urticaire qui, partant de l'abdomen, s'étendit jusqu'à la tête, au cou, à tout le corps. En même temps que cette éruption cutanée, et toujours avec l'irritation dont nous avons parlé, ce malade éprouve une très grande difficulté à respirer, ce malaise s'accrut avec la poussée d'urticaire et devint de la dyspnée quand l'éruption atteignit son summum.

Cet état persista pendant près de trois heures, sauf quelques légères rémissions, tant pour le rash que pour l'embarras respiratoire. La cessation de la dyspnée fut suivie d'une légère expectoration. Rash et accès d'asthme disparurent en même temps.

Une autre crise survint le même jour, à cinq heures du soir, et dura trois heures.

Le 31, semblable crise à onze heures du matin et à six heures du soir. On le vit à la fin de sa crise du matin. L'examen des muqueuses buccale et nasale fut omis.

Même état le 1er novembre. Le malade avait eu trois accès en 24 heures.

2 novembre : Dyspnée et urticaire, comme les jours précédents.

3 novembre : Vu à 11 heures du matin. Il était couvert d'une éruption ortiée d'aspect caractéristique, et était en proie à une crise typique d'asthme. Assis, il offrait les apparences et les symptômes habituels de l'asthmatique en plein accès. Le pouls était petit, rapide, faible, battant 120 pulsations à la minute.

Les muqueuses du nez et de la bouche, soigneusement examinées, étaient gonflées et rouges par places.

Ces enflures étaient par endroits diffuses; ailleurs elles offraient des bords plus ou moins nets. On en pouvait voir sur la partie postérieure du pharynx, et aussi sur le voile du palais. S'il eût été possible d'employer le laryngoscope, je crois qu'on en aurait découvert dans le larynx. La voix était éteinte et rauque : le malade n'émettait qu'un chuchotement enroué.

Attaque pareille la nuit suivante. On ordonne une solution arsénicale et il ne reparut plus ni rash, ni dyspnée.

Les antécédents de famille étaient bons : pas d'asthme, de phtisie, ni de nervosisme.

OBSERVATION XI

(Dr Pourcher, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie,* 1881.)

Accès d'asthme, urticaire cutanée.

M. A..., est envoyé à la Bourboule au mois d'août 1881, sur l'avis de son médecin, pour y être traité d'un eczéma subaigu occupant toute la nuque, et s'étendant depuis le cuir chevelu jusqu'à la partie supérieure de la région dorsale. Cette affection est survenue, il y a un mois, à la suite de vives préoccupations et de fatigues corporelles excessives. M. A..., accuse dans ses antécédents une éruption d'urticaire survenue à la suite d'ingestion de fruits. De plus, il y a six ans, le malade, après quelques bains de mer pris intempestivement, éprouva quelques attaques d'asthme d'une certaine violence, qui disparurent après quelques jours pour ne plus revenir.

A son arrivée à la Bourboule, dès la seconde nuit, M. A..., est pris soudainement, vers les neuf heures du soir, d'un accès d'asthme qui se termina rapidement. Le lendemain, la journée fut bonne, M. A..., fit une promenade et cueillit quelques fraises qu'il mangea. Le soir, après avoir dîné à l'heure habituelle, il fut surpris à huit heures du soir par un accès d'asthme des plus violents, au moment où il faisait brûler un papier nitré. Le malade était en proie à une dyspnée effrayante, la face et les lèvres étaient violacées et horriblement déformées, ce n'était qu'au prix de vigoureux efforts qu'il parvenait à introduire une petite quantité d'air dans les poumons.

Deux heures environ après le début de la crise, quelques démangeaisons se firent sentir autour de la ceinture et gagnèrent successivement les avant-bras, la face dorsale des mains et le cuir chevelu. Il fut facile alors de constater l'existence de plaques d'urticaire au niveau des parties qui étaient le siège des démangeaisons. A partir de ce moment l'accès alla en diminuant, et après dix minutes disparut complètement. Le reste de la nuit se passa bien, malgré la fatigue et le malaise résultant de la crise.

M. A..., effrayé et craignant le retour des accidents, quitta le lendemain la Bourboule.

OBSERVATION XII (résumée).

(Fernet, cité par Crouslé).

Asthme et urticaire.

Louise D... âgée de 23 ans, mécanicienne, entrée le 6 février 1878 dans le service de M. Fernet.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier à signaler.

Antécédents personnels. — En 1875, nombreux accès de coryzas très violents, survenant tout à coup et disparaissant rapidement après un jour ou deux.

En mars 1876, éruption d'urticaire limitée à l'avant-bras et à la face dorsale de la main ; cette éruption dura jusqu'en mai, moment où elle

disparut pour faire place à des accès d'oppression qui se répètent plusieurs fois jusqu'en juillet.

En octobre, reprise d'accès d'asthme, coïncidant cette fois avec une urticaire cutanée limitée, comme la première fois, à l'avant bras et à la face dorsale de la main. Plus de coryzas. Chaque accès d'asthme dure 3 à 4 jours et est annoncé par une éruption d'urticaire. Cette état dure jusqu'en janvier 1877.

En février 1878, la malade présente les symptômes de l'emphysème généralisé. La malade se porte bien.

12 mars : Accès d'asthme assez faible et non précédé d'éruption ortiée. Le lendemain l'accès augmente ; il y a de la dyspnée et tout cesse le 17 mars.

En 1878, les accès d'asthme reviennent toutes les 3 ou 4 semaines.

Ils sont presque toujours précédés d'éruptions ortiées aux mains et aux avant-bras.

En 1879, les accès se rapprochent et surviennent tous les quinze jours.

Depuis l'année précédente la malade a fréquemment de la céphalalgie accompagnée de nausées sans vomissements.

Règles régulières. — Depuis 2 ans fréquentes palpitations de cœur, mais pas d'œdème des membres inférieurs.

24 décembre 1881 : Depuis trois mois la malade n'a pas eu d'urticaire, mais les accès d'asthme n'en ont pas moins apparu : picotements, sécheresse de la gorge, quelques troubles de la vue.

Signes de l'emphysème pulmonaire.

La toux est peu fréquente, l'expectoration peu abondante, aérée, mucopurulente.

OBSERVATION XIII

(*Annales de Dermatologie*, 1881).

Urticaire des voies respiratoires, suivie d'urticaire de la peau.

Le docteur Mögling, qui rapporte cette observation, en fut lui-même le sujet. Il prit le 18 novembre un bain chaud, suivi d'une friction avec

8 grammes de baume du Pérou. Il constata alors les phénomènes suivants : congestion pulmonaire, caractérisée par du malaise, une sensation de brûlure dans la poitrine, et un violent accès de toux qui dura une demi-heure. Ces mêmes phénomènes s'étaient déjà produits il y a quelques années, avant l'apparition d'une hémoptysie abondante.

Le lendemain, il constata, à son réveil, quelques plaques rouges au niveau du genou droit et sur les épaules, avec un léger prurit.

Le même soir, au retour d'une longue course en voiture, apparition d'une urticaire très prononcée sur les côtés antérieur et externe des cuisses et des épaules, laquelle s'étendit ensuite aux hypochondres et aux bras.

Dans la nuit, l'éruption gagna encore le côté de l'extension des jambes et la face dorsale des pieds. Le lendemain, la face et le dos des mains furent également envahis. Cette éruption se dissipa rapidement.

Le 22, à la suite d'une nouvelle course en voiture par 6 degrés de froid, il se produisit une poussée d'urticaire sur les points non encore atteints.

Le 23, éruption ortiée, mais cette fois sur le ventre sur les parois du thorax. Depuis, les accidents n'ont plus reparu.

OBSERVATION XIV

(Thèse de M. Crouslé. — Juhel-Rénoy).

Asthme et urticaire.

Louis G..., enfant de six ans, est pris une nuit d'un accès d'oppression durant lequel il indique à sa mère effrayée qu'il étouffe. Mandé auprès de lui, et quoique le soignant depuis quelques années, n'ayant jamais observé chez lui rien qui pût m'expliquer cette dyspnée subite et nocturne, je porte le diagnostic d'asthme, en raison d'une hérédité arthritique évidente. Père goutteux, mère eczémateuse, etc.

Je conseille de le sinapiser et le quitte. A quelque temps de là, reprise des mêmes phénomènes. Même médication. La mère ajoute que lorsque l'enfant a la peau rouge *il n'étouffe plus*.

Soupçonnant l'urticaire, je prie qu'on me fasse chercher dès qu'une éruption se montrera.

Je constatai en effet, dans la suite, la réalité de cette urticaire et depuis lors j'ai observé plus de vingt fois chez le jeune enfant en question un véritable balancement entre l'état de sa peau et celui de ses poumons; dyspnéique, asthmatique, quand l'urticaire *rentrait;* libre au contraire de sa respiration dès que la peau était intéressée.

OBSERVATION XV

(Cayla, *Congrès de dermatologie,* 1889).

Urticaire des muqueuses, urticaire cutanée.

Femme de 65 ans, en proie à des accès de suffocation depuis 12 heures.

On me raconte que depuis 2 jours elle souffre de démangeaisons intolérables accompagnant une éruption généralisée. Ce sont de larges plaques ortiées, occupant le tronc et les membres, ayant apparu sans cause appréciable, disparaissant pour reparaître peu de temps après.

Mais ce qui frappe surtout c'est la difficulté que la malade éprouve pour respirer.

Elle est assise sur son lit, le cou est tendu, la face congestionnée, la respiration est haute et fréquente; la voix est éteinte; il y a du tirage sus et sous-sternal; la peau est chaude, le pouls à 110.

La gêne respiratoire est continue, les accès de suffocation se reproduisent à plusieurs reprises dans la journée, ils coïncident avec des démangeaisons violentes qui sont suivies de l'apparition de nouvelles plaques ortiées. Le 16, l'état reste le même, la malade a eu un violent point de côté à droite de la poitrine et en arrière, l'auscultation ne révèle aucun râle à ce niveau.

Le 17 août, les accès de suffocation et la gêne respiratoire ont disparu la voix est redevenue normale; mais depuis 8 heures du soir, la malade est en proie à de violentes crises gastralgiques; les cinq crises que la malade a eues dans la nuit sont toutes semblables; elles sont annoncée, par des démangeaisons intolérables à la peau, bientôt suivies de douleurs

au creux épigastrique d'abord, s'irradiant ensuite dans toute l'étendue du ventre. Tout le long de l'œsophage, la malade a une sensation de brûlure et de constriction des plus pénibles. La malade n'a pas eu la moindre diarrhée; à plusieurs reprises seulement, elle a eu quelques régurgitations de glaires acides.

Le soir, la malade a une nouvelle crise gastralgique, en même temps qu'apparaissaient à la peau de nouvelles plaques ortiées.

18 août : la malade a eu encore quelques crises gastro-intestinales, mais la douleur est beaucoup moins forte, les crises ont une durée moindre; elle a pu reposer quelques heures. L'éruption a beaucoup pâli.

19 août : l'aspect de la malade est tout autre, le calme est revenu, on ne retrouve plus de plaques; sur les membres inférieurs seulement, quelques papules ortiées. La face est dégonflée. La fièvre est tombée. Les urines sont chargées d'acide urique, la respiration est redevenue libre.

OBSERVATION XVI

(Bourdon, *Société médicale des hôpitaux*, 1866).

Accès de suffocation, urticaire cutanée.

Une dame de 44 ans, sujette aux douleurs rhumatismales, mais n'ayant jamais eu d'urticaire, éprouve subitement, un matin avant déjeuner, au milieu de la meilleure santé, un sentiment de chaleur et de gonflement vers la face et le cou, accompagné d'un malaise général et d'une grande anxiété, d'une oppression très pénible, avec légère sibilance pendant l'expiration. La face est rouge et vultueuse, les yeux sont injectés ; bientôt la peau devient le siège d'élevures blanchâtres, petites comme des grains de chènevis et très discrètes; en même temps surviennent des démangeaisons très vives.

Le pouls est d'abord développé et fort; bientôt le malaise augmente, un sentiment très pénible de défaillance se fait sentir, et pendant qu'on

déshabille la malade pour la coucher, elle est prise d'une lipothymie pendant laquelle le pouls devient presque insensible.

Je fais appliquer des sinapismes sur les membres inférieurs et j'administre du sirop d'éther.

Sous l'influence de ces moyens, le malaise et l'anxiété ne tardent pas à diminuer pendant que l'urticaire et les démangeaisons se manifestent sur le tronc et sur les membres.

Mais à l'occasion des lotions froides pratiquées à la demande de la malade, sur les parties affectées, les accidents, y compris la demi-syncope, se reproduisent. On s'empresse alors de cesser les applications réfrigérantes et à partir de ce moment tout symptôme grave disparaît pour ne plus revenir.

Cet accès, auquel j'ai assisté, dura en tout environ une heure et laissa à sa suite beaucoup de fatigue.

Dans la journée, j'administrai 0 gr. 75 centigr. de sulfate de quinine en trois doses.

Le lendemain, aucune éruption, aucun accident ne se montra.

Le sulfate de quinine fut continué d'abord à la même dose, ensuite à des doses décroissantes et aucun accès ne reparut.

OBSERVATION XVII (résumée).

(Milton, *Edimburg medical Journal*, 1876. Traduction de M. A. Delguel, externe des hôpitaux).

Urticaire de la peau se propageant jusqu'à la gorge.

L'auteur parle d'un cas d'urticaire de la région de la hanche gauche. Cette urticaire, trois mois après, apparut à la face, aux deux yeux successivement, puis aux lèvres. La bouche fut prise, ainsi que la luette, le le palais, la gorge et les amygdales. Ce malade eut des accès de suffocation très violents. Salivation abondante.

OBSERVATION XVIII

(Thèse de M. Crouslé. Paris, 1889).

Urticaire des voies respiratoires et de la bouche sans éruption cutanée, déterminée par une violente émotion.

Me trouvant en vacances, à Montfort l'Amaury, je fus appelé au milieu de la nuit, auprès de mon ami et confrère, M. le Dr D...., qui s'était éveillé dans un état de grave suffocation et me priait instamment de me rendre près de lui.

M. D...., âgé de 70 ans environ, était un confrère des plus actifs et d'une santé assez bonne, puisqu'il a pu mener jusqu'à cet âge, et quelques années encore après cet accident, la vie fort active de médecin de campagne, très occupé et fort estimé à Montfort et dans les environs.

Une légère hypertrophie du cœur, accompagnant quelques manifestations rhumatismales, était la seule affection dont il ait eu à souffrir, assez peu d'ailleurs pour qu'il n'ait jamais eu besoin d'interrompre l'exercice fort laborieux de sa profession.

Je trouve le malade assis sur son lit, en proie à une angoisse extrême, et à une dyspnée comparable à celle d'une attaque d'asthme ; une certaine fréquence du pouls, sans chaleur fébrile notable, les battements du cœur assez forts, mais réguliers, la parole difficile, en raison de la dyspnée et de la difficulté qu'il éprouvait à articuler les mots ; peu de râles dans la poitrine, aucun bruit anormal du cœur ; et avec cela une sensation d'étouffement et la sensation d'une menace imminente de fin prochaine. Telle était en résumé la situation dans laquelle je trouvai le malade.

En examinant la bouche et l'arrière-gorge, j'ai trouvai un notable gonflement, turgescence assez douloureuse de la lèvre inférieure, et se prolongeant dans la gorge, à la luette en particulier et à l'isthme du gosier. Il n'existait d'ailleurs aucune trace d'urticaire externe. Pas de trouble digestif appréciable, autant qu'il m'en souvient.

On me raconte que, dans la journée, le docteur D.... avait été victime de l'accident suivant :

Etant dans son cabriolet avec sa petite fille, une toute jeune enfant, il avait été renversé de sa voiture, et avait eu la plus grande frayeur, non pour lui-même, qui avait éprouvé quelquefois ce genre d'accident sans en être autrement impressionné, mais pour la jeune enfant qui s'y trouvait avec lui ; il était rentré dans un état d'émotion qui se conçoit d'ailleurs.

Edifié par ce récit et par le caractère négatif des signes que j'observais, je pus le rassurer, lui faire entendre qu'il n'avait qu'une attaque d'urticaire interne, qui allait céder à quelques moyens tempérants, et que, dans quelques heures, la crise serait certainement conjurée.

L'évènement me donna raison ; et, le lendemain, le confrère, ne conservant qu'une certaine fatigue, put reprendre peu à peu le cours de ses occupations. La crise ne se renouvela pas.

OBSERVATION XIX (résumée).

(G. DE MUSSY, Considérations sur les Endermoses).

Urticaire des voies respiratoires chez une arthritique.

M^me^ de C..., 23 ans, de race arthritique. Depuis l'âge de 7 ans, a eu souvent des migraines avec nausées et vomiturition. Elle présente une particularité : sa peau est complètement sèche, elle ne transpire jamais.

Réglée à 13 ans. Les migraines diminuèrent, mais des attaques de fièvre de foin commencèrent et durèrent pendant trois mois.

En 1879, elle eut des accès d'asthme avec fièvre qui revenaient chaque nuit et persistèrent pendant trois semaines, puis s'apaisèrent.

Le sulfate de quinine n'eut aucune action.

En 1881, nouvel accès d'asthme.

En 1882, le 20 mai, au retour d'une promenade, elle fut prise d'éternuements avec larmoiement, prurit et flux nasal. Au bout de quelques jours, survint une toux quinteuse, précédée de chatouillements ou de picotements insupportables au pharynx et au voile du palais. Puis bientôt ces quintes, plus violentes pendant la nuit, furent accompagnées d'accès d'asthme.

Je lui fis appliquer entre les épaules des morceaux de papier Wlinsi;

je lui fis prendre pendant la nuit une potion calmante et je lui conseillai d'aspirer une solution de chlorate de potasse dans un mélange d'eau de roses et de décocté de pavots. En même temps, je la condamnais à la chambre et au repos.

La mixture calma presque immédiatement le spasme ; mais en même temps que cette amélioration se produisait, la main et le bras gauche se couvraient d'urticaire pendant plusieurs heures.

Les accidents se calmèrent, mais quoique atténués persistèrent jusqu'en juillet.

En 1884, nouvelle fièvre de foin. Ayant remarqué que cette femme ne transpirait jamais, l'auteur se demanda si, en excitant les fonctions de la peau, il n'obtiendrait pas un bon résultat. Il essaya le jaborandi à petites doses. Les résultats furent excellents. Tous les accidents disparurent. La malade est à peu près guérie.

OBSERVATION XX (résumée).

(G. de Mussy, Considérations sur les Endermoses).

Urticaire cutanée ; zona ; urticaire de la gorge.

M. B..., 28 ans, de race franchement arthritique, sujet à des éruptions d'urticaire depuis l'âge de 8 ans ; il en a fréquemment depuis ; mais ce n'est que dans le cours d'une crise, qu'il eut le 15 juin 1877, que nous observons des phénomènes du côté de l'appareil respiratoire.

Pendant la durée de cette éruption, le malade sentit dans la gorge une titillation incommode, qui revenait surtout la nuit et provoquait une toux quinteuse, très fatigante. Cette toux persista pendant 4 mois. Les médecins qui furent consultés l'attribuèrent à une pharyngite glanduleuse, dont ils constatèrent l'existence ; elle disparut spontanément après avoir résisté à plusieurs médications.

Au printemps de 1879, éruption de zona sur le côté gauche du thorax et sur le bras correspondant.

En mars 1878, blennorrhagie, et quelque temps après quelques plaques d'urticaire cutanée, plus ou moins persistantes suivant les régions.

En même temps le malade ressentit cette titillation et cette sécheresse de la gorge qui avaient déjà, dans la crise précédente, provoqué une toux opiniâtre. — Appétit languissant, pouls accéléré.

Le lendemain, l'urticaire avait disparu et les symptômes du côté de la gorge avaient diminué très notablement.

OBSERVATION XXI

(Raynaud, Soc. anat. Paris, 1875).

Accès de suffocation après la ponction d'un ganglion sous-maxillaire.

Il y a deux ans environ, j'avais un jour à ouvrir un ganglion sous-maxillaire suppuré, chez un garçon de 16 ans. Dans le but d'éviter la cicatrice résultant d'un coup de bistouri, je fis une ponction aspiratrice avec une seringue de Pravaz : cette petite opération se passa très simplement. Mais moins d'une heure après, on courait me rappeler en toute hâte pour des accidents effrayants qui venaient d'éclater après mon départ. Je trouvai ce jeune homme en proie à une dyspnée excessive, dans un état d'anxiété inexprimable, le facies profondément altéré, les yeux excavés et entourés d'un cercle noirâtre, tout le corps d'une pâleur syncopale. La poitrine était pleine de râles sonores.

J'avais évidemment affaire à un accès d'asthme d'une intensité peu commune. J'ajoute, ce qui est fort important à signaler, que déjà précédemment j'avais traité ce malade pour des accès d'asthme bien caractérisé, qui avaient cédé à l'emploi prolongé de bains d'air comprimé. Depuis plus de deux ans, il en était complètement débarrassé. J'administrai un vomitif dont l'effet fut excellent; à la suite des efforts de vomissements, la dyspnée se calma très rapidement, mais en même temps le corps se couvrit d'une éruption d'urticaire entièrement confluente. Le lendemain, tout était terminé, et depuis lors la santé n'a cessé d'être parfaite.

OBSERVATION XXII

(Trousseau, *Clinique médicale*, t. Ier).

Emphysème vésiculaire opiniâtre disparaissant par l'apparition d'urticaire de la peau.

Pendant une partie de l'année 1860, je voyais en consultation, avec mon collègue Alfred Becquerel, une dame de 60 ans, qui, au commencement du printemps, avait été prise d'une bronchite violente. Peu après le début de la maladie étaient survenus les symptômes d'un emphysème vésiculaire considérable, avec accès d'orthopnée nocturnes, difficulté habituelle de respirer, etc. Il serait trop long de vous dire tous les moyens thérapeutiques que nous avions mis en œuvre; tous avaient échoué, lorsque, à la fin de janvier 1861, un coryza violent nous faisant craindre une aggravation des accidents, il survint sur toute la surface du corps une urticaire des plus violentes; à l'instant même tous les accidents cessèrent et nous crûmes devoir respecter une éruption sans doute fort incommode et fort opiniâtre, mais d'ailleurs exempte de danger.

OBSERVATION XXIII

(M. Moutard-Martin, *Société médicale des hôpitaux*, 1891).

Urticaire cutanée. Accès d'étouffement.

J'ai vu une dame âgée, qui avait de l'urticaire de la peau. Un soir, elle est réveillée par une sensation d'étouffement avec gêne de la déglutition. Très effrayée, elle m'appelle. La langue, tuméfiée, était projetée hors des arcades dentaires. Je pensai à de l'urticaire muqueuse et, en effet, dans la nuit, les lèvres et une pommette se prirent; le lendemain tout était terminé. Un médecin qui voit de pareils accidents pour la première fois est dans le plus grand embarras.

OBSERVATION XXIV

M. Labbé (*Société médicale des hôpitaux*, 1891).

Asthme et urticaire.

Je venais de veiller un malade, quand au matin je fus pris d'un violent accès d'asthme. Je rentrais chez moi, quand je fus pris d'une sensation de démangeaisons vives sur plusieurs points du corps et sur la face en particulier. Un collègue qui me rencontra, me dit : « Tiens vous avez de l'urticaire de la face ». Tous mes accidents s'expliquaient, j'avais eu de l'*urticaire de la peau et des bronches*.

J'ai vu depuis un malade à peu près analogue chez lequel l'urticaire persista 25 heures.

OBSERVATION XXV

Gilb. Martyn M. B., (*Middlessex Hospital*) Médecin de l'hôpital.

Cas d'asthme urticarien, provenant d'un empoisonnement par les moules.

Le cas suivant indique clairement la relation de l'éruption urticarienne de la peau et des membranes muqueuses qui a été si fortement soutenue par sir Andrew Clark comme une cause importante de l'asthme.

Une femme âgée de 43 ans entre dans le service des malades pauvres vers 8 heures 30 du soir avec l'histoire suivante : Elle avait mangé environ une douzaine de moules pour son souper et, une heure après, elle commença à éprouver une sensation d'étouffement avec une grande gêne respiratoire. Au même moment une éruption urticarienne « nettle rash » avec vives démangeaisons se montra sur son corps; ses amis assurent que sa respiration était si difficile que sa figure se cyanosa et que l'asphyxie devint imminente. On lui donna un grand verre d'eau tiède; après l'avoir bue par petites gorgées, elle expectora des mucosités un peu épaisses et sa respiration subit une légère amélioration.

Elle fut alors apportée à l'hôpital. A son arrivée, elle était encore

cyanosée, ses extrémités froides, sa respiration laborieuse et une éruption urticarienne aiguë occupait presque toute la surface de son corps, mais elle était surtout très marquée au niveau du tronc. A l'auscultation de la poitrine au moyen du stéthoscope sa respiration offrait le type de celle qu'on trouve dans l'asthme avec une expiration prolongée et sifflante. Après avoir évacué le contenu de l'estomac et du gros intestin, on lui fit prendre de l'eau-de-vie, on lui mit des bouillottes et la malade se trouva mieux, bien que la respiration continuât encore quelque temps avec le type dont on vient de faire la description. Il est intéressant de noter que cette femme n'avait jamais eu auparavant une seule attaque d'asthme, vraisemblablement elle n'avait jamais eu de bronchite. Elle avait l'habitude de manger des moules mais elle n'en avait jamais éprouvé aucun mauvais effet. L'examen de la bouche et du pharynx ne révèle rien d'anormal, sauf une injection de la paroi postérieure du pharynx et de l'isthme du gosier. Pendant son séjour à l'hôpital, elle n'a pas rendu d'autres mucosités, autrement il eût été intéressant de rechercher la présence des spirilles de Curschmann. Elle était capable de se rendre chez elle environ trois heures après. Son pouls et sa respiration s'étaient beaucoup améliorés.

Je ne puis trouver d'autres exemples de cas d'urticaire de la peau coïncidant avec de l'urticaire des muqueuses, résultant d'une même cause, bien que les cas dans lesquels les deux variétés ont été observées alternativement proviennent, je pense, de la même source.

CONCLUSIONS

Le sujet de l'urticaire des voies respiratoires est controversé et peu connu. Il est admis par les uns, rejeté par les autres. Cependant il y a des observations assez nombreuses, indiscutables. Nous les avons réunies à peu près toutes.

Elles nous permettent de conclure :

1° Que l'affection existe, car :

A. L'urticaire est une affection ambulante passant d'une région à l'autre et, dans le cas présent, des voies respiratoires à la peau et réciproquement.

B. Les accès de suffocation et l'urticaire se reproduisent souvent d'une façon constante sous l'influence de mêmes causes.

C. L'éruption débute souvent par la bouche, les lèvres et la face comme si elle s'étendait de proche en proche.

2° Une irritation banale des voies respiratoires (bronchite) crée en ce point une prédisposition à la localisation du mal;

3° La lésion semble pouvoir se faire soit dans le larynx, soit dans les bronches et affecter dans ces deux cas des signes spéciaux;

4° Tantôt l'œdème de la glotte paraît être la cause prédominante, tantôt c'est l'irritation des terminaisons nerveuses;

5° La fréquence de l'urticaire des voies respiratoires est plus grande qu'on ne l'a dit;

6° Il y a balancement entre les phénomènes respiratoires et cutanés ;

7° Enfin, nous dirons qu'il y a certaines formes graves d'urticaire des voies respiratoires, d'un diagnostic difficile avant l'apparition de l'éruption cutanée.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Vu bon a imprimer :
Bordeaux, le 2 juin 1896.
Le Président de la thèse,
Dr ARNOZAN.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 3 juin 1896,
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Trousseau. — Clinique médicale, t. I, p. 200.

N. Guéneau de Mussy. — Considérations sur les endermoses. Clinique médicale, t. IV, p. 607.

Bourdon. — Soc. méd. des hôpitaux, 1866.

Raynaud. — Soc. anat. Paris, 1875.

Constantin Paul. — Soc. de thérapeutique, 1881.

Andrew-Clark et Duncan-Bulkley. — *Brit. med. journ.*, 1885.

Milton. — *Edinburg med. j.*, 1876.

Dieulafoy. — Traité de l'aspiration.

Cayla. — Congrès internat. de dermat. et de syph. C. R., 1889, Paris, 1890.

Laveran. — Bull. et mémoire. Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 1891. 3. s. VIII.

Rapin. — *Revue méd. de la Suisse Rom.*, Genève, 1886. VI.

William Dubreuilh. — Gazette des hôpitaux, 1892.

Fischer. — *Internat. klin. rundschau. Wien.*, 1893.

Crouslé. — Essai sur l'urticaire interne. Thèse de Paris, 1880-90.

Kingsbury. — Urticarial asthma. *Brit. med. journal*, 1885.

Debove. — Intoxication hydatique. Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 3 mars 1888.

Bouchard. — Leçons sur les auto-intoxications, 1887.

H. Leroux. — Art. *Urticaire*. Dict. encyclopédique des sciences médicales.

Raymond. — *Gazette des hôpitaux*, 1892.

Kaposi. — Maladies de la peau. Traduction de MM. Besnier et Doyon.

20,175. — Bordeaux, Y. Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.